



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

CARDIOPATÍA ISQUÉMICA: PROGRAMA DE SALUD DIRIGIDO A MUJERES MAYORES DE 50 AÑOS

ISCHEMIC CARDIOPATHY: A HEALTH PROGRAMME AIMED
AT WOMEN OVER 50

Autor: Cristian Gresa Alcón
Director/a: Raquel Belio Samitier

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2019/2020

Índice

1. Resumen	3
2. Abstract	4
3. Introducción	5
4. Objetivos	8
4.1 Objetivo general	8
4.2 Objetivos específicos	8
5. Metodología	9
6. Diagnóstico: Análisis y priorización	12
7. Planificación	14
7.1 Captación y Población diana	14
7.2 Redes de apoyo	16
7.3 Recursos	17
7.4 Estrategia	18
7.5 Actividades	19
Sesión 1: Charla informativa sobre cardiopatía isquémica	19
Sesión 2: Cambios en el estilo de vida	20
Sesión 3: Sesión práctica de técnicas de relajación y tabaquismo	22
7.6 Cronograma de Gantt	24
8. Evaluación	25
9. Conclusiones	25
10. Anexos	27
Anexo 1	27
Anexo 2	28
Anexo 3	29
Anexo 5	32
.....	32
Anexo 6	33
11. Bibliografía	35

1. Resumen

Introducción:

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en nuestro país y conllevan un gran gasto sanitario y discapacidad.

La cardiopatía isquémica supone la causa más importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Se han detectado múltiples factores de riesgo modificables que intervienen en la causa principal de la enfermedad, la aterosclerosis.

El profesional de enfermería tiene una función muy importante a la hora de realizar cambios generalizados en las conductas de salud de la población.

A pesar de todo, estos pacientes siguen presentando una alta incidencia en recurrencias isquémicas debido a una falta de control de estos factores.

Objetivo:

Elaborar una estrategia de intervención educativa en mujeres mayores de 50 años con cardiopatía isquémica, con el fin de educar e informar sobre los beneficios de cambiar los estilos de vida.

Metodología:

La metodología consistió en la revisión bibliográfica a través de artículos y libros encontrados en bases de datos de Ciencias de la salud tales como Scielo, Science direct, Pubmed o Dialnet. Además, se utilizaron páginas específicas como la Sociedad Española de Cardiología, la Fundación española del Corazón o de la Organización Mundial de la Salud, entre otras.

Conclusiones:

La actuación de enfermería en la prevención de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica, posibilita elevar el estado de salud de la población y evitar así la aparición de sus causas.

Palabras clave:

Cardiopatía isquémica, enfermería, aterosclerosis y rehabilitación cardíaca.

2. Abstract

Introduction:

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in our country and lead to high health costs and disability.

Ischemic heart disease is the most important cause of morbidity and mortality worldwide. Multiple modifiable risk factors have been detected that intervene in the main cause of the disease, atherosclerosis.

Nurses have a very important role in bringing about widespread changes in health behaviour in the population.

However, these patients still have a high incidence of ischemic recurrences due to a lack of control of these factors.

Objective:

To develop a strategy for educational intervention in women over 50 years of age with ischemic cardiopathy, in order to educate and inform about the benefits of changing lifestyles.

Methodology:

The methodology consisted of a bibliographic review through articles and books found in health science databases such as Scielo, Science direct, Pubmed or Dialnet. In addition, specific pages were used such as the Spanish Society of Cardiology, the Spanish Heart Foundation or the World Health Organization, among others.

Conclusions:

Nursing action in the prevention of risk factors of ischemic cardiopathy makes it possible to improve the state of health of the population and thus avoid the appearance of its causes.

Key words:

Ischemic cardiopathy, nursing, atherosclerosis and cardiac rehabilitation.

3. Introducción

La cardiopatía isquémica es una enfermedad coronaria en la que se produce una restricción del flujo coronario al corazón por falta de adecuados requerimientos de oxígeno a este último.

Supone la causa más importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. En España, según el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 28% de las defunciones de 2017 fueron por enfermedades circulatorias, siendo el 48,4% de éstas por cardiopatía isquémica y accidente cerebrovascular (1-4).

En 2018, en Aragón el porcentaje atribuido a estas enfermedades sobre el total de defunciones fue de 30,4%, constituyendo la primera causa de mortalidad en mujeres y segunda en hombres, tras los tumores (5).

Entre los principales factores asociados se encuentran antecedentes personales como la edad, familiares de base genética y de riesgo coronario: sedentarismo, obesidad, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, tabaquismo o presión arterial elevada (Anexo1).

Además, estos dos últimos se muestran como los de mayor asociación para la aparición de una patología cardiovascular. Las 2 regulaciones del consumo de tabaco implantadas en España produjeron un descenso significativo de las hospitalizaciones tanto por CI como por IAM y ECV (1-4).

La causa principal de la enfermedad es la aterosclerosis que consiste en la obstrucción progresiva de la luz del vaso por el depósito de placas de ateroma, produciendo endurecimiento y pérdida de elasticidad (1,2,6).

En dependencia del grado de obstrucción, se puede manifestar en forma de angina de pecho desencadenada por la reducción del flujo sanguíneo al corazón. Puede ser estable, provocada por el ejercicio que cede con el reposo o la administración de nitroglicerina; o inestable, de aparición reciente y más grave que la estable apareciendo con esfuerzos mínimos o incluso en reposo.

Se definirá como infarto agudo de miocardio cuando exista necrosis miocárdica y una elevación de los biomarcadores de daño miocárdico. Las más características en IAM agudo son las troponinas I y T. Existen otras como la creatincinasa (CK) o la isoenzima CK-MB, útiles en reinfarto precoz. Se controlan a las 6, 12 y 24 horas desde el episodio. Por último, se puede dar una muerte rápida, natural e inesperada dentro de la primera hora desde el inicio de los síntomas en una persona aparentemente sana. Es lo que se conoce como muerte súbita (3,7,8).

El diagnóstico se basa en la historia clínica, exploración física y pruebas complementarias como el electrocardiograma o los marcadores de necrosis. La prueba de esfuerzo o ergometría consiste en la realización de ejercicio continuo en una cinta, con la intención de evidenciar patologías como arritmias que no están presentes en reposo o si existe dolor en la realización de este (3,9,10).

El método de elección para la identificación de estrecheces coronarias es el cateterismo cardiaco: procedimiento invasivo en el que se introduce un catéter normalmente por la arteria radial y con el que se pueden visualizar las arterias del corazón y de alrededor, con el fin de ver la función del corazón, medir las presiones en las cavidades cardiacas, detectar válvulas alteradas, así como defectos congénitos u obtener muestras (8,11).

El tratamiento dependerá del estado y riesgo del paciente, comprendiendo medidas conservadoras como la modificación de los estilos de vida o farmacológicas, hasta técnicas más invasivas tales como la trombolisis o cateterismo cardiaco (3,7,12).

En cuanto al tratamiento farmacológico todos los pacientes con patología coronaria salvo contraindicación, deben tomar ácido acetil salicílico a dosis bajas, diariamente y de forma crónica debido a su efecto antiagregante. Existen fármacos antiisquémicos como los beta-bloqueantes indicados si existe hipertensión arterial (HTA) o taquicardia; calcio-antagonistas en angina; nitratos para el control sintomático de los episodios agudos de angina; o analgésicos narcóticos para el control del dolor.

Cuando el cateterismo es usado como método de revascularización, pasa a llamarse angioplastia coronaria o coronariografía. Es el tratamiento de elección de la enfermedad y consiste en la introducción de un catéter hasta la arteria coronaria donde se dilata un balón. Seguidamente, se implanta un stent que es un dispositivo metálico el cual se asemeja a una malla metálica. Otros pacientes pueden ser candidatos a un bypass

coronario, indicado en enfermedad coronaria más difusa, cuando no sea posible la angioplastia o en caso de mala función del ventrículo izquierdo. Se realiza mediante cirugía cardíaca y anestesia general (3,8).

La información que se tiene sobre el riesgo coronario aplicable a cada factor de riesgo es escasa y la mayoría no alcanzan los objetivos terapéuticos. La falta obtención de los objetivos lipídicos sumado a las altas recurrencias de la enfermedad conllevan un alto coste económico y social.

Es por eso, que el actuar del profesional de enfermería es crucial para realizar cambios generalizados en las conductas de salud de la población, desde prevención primaria con el diagnóstico y control de los factores de riesgo, así como con una correcta prevención secundaria (1,3,13,14).

Debido a todo esto, se considera esencial el diseño de programas de Rehabilitación cardíaca como una estrategia de rehabilitación después de un evento coronario, por medio de intervenciones individualizadas e interdisciplinarias con el fin de mejorar su calidad de vida o promover su independencia. El objetivo fundamental es la disminución de la morbi-mortalidad de origen cardíaco (15,16) (Anexo 2).

La cardiopatía isquémica es un problema de salud complejo y multicausal que requiere múltiples dimensiones de actuación, realizadas de manera coordinada entre la atención hospitalaria y primaria para garantizar una actividad coherente del proceso de la enfermedad.

La promoción de la salud y la prevención secundaria por parte de enfermería es uno de los pilares para combatir la enfermedad. Se centra en disminuir sus complicaciones o recaídas, mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas que las sufren. Consiste en establecer medidas para estabilizar, enlentecer y lograr la regresión de la ateromatosis mejorando la salud física y psíquica del cardíopata y facilitando su integración social.

La finalidad es el fomento y el mantenimiento de hábitos saludables que disminuyan los factores de riesgo cardiovascular.

A menudo se observa la discontinuidad en el mantenimiento de hábitos saludables durante la atención posterior a la enfermedad cardiovascular.

La educación para la salud se debe realizar tanto en la población general sana como en personas que han sufrido un episodio de cardiopatía isquémica previo.

Se realizará una valoración individualizada de cada paciente, de los factores modificables en cada caso y unas estrategias adecuadas de intervención sobre los mismos.

Los profesionales de enfermería deben desarrollar conocimientos y habilidades para realizar una correcta prevención de estos factores de riesgo, comportamientos sociales adecuados que favorezcan conductas saludables, elevando el estado de salud de la población y previniendo así las causas de la enfermedad (17,18).

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Realizar un programa de salud dirigido a mujeres mayores de 50 años del Centro de salud José Ramón Muñoz Fernández de Zaragoza.

4.2 Objetivos específicos

1. Proporcionar información de manera activa y directa a mujeres mayores de 50 años sobre su patología.
2. Instruir en conductas de salud saludables relacionadas con los principales factores modificables: la dieta y el ejercicio físico.
3. Informar y concienciar de los efectos perjudiciales del tabaquismo e impartir técnicas de relajación para el manejo de situaciones de ansiedad o estrés.

5. Metodología

Se realizó en primer lugar una búsqueda bibliográfica a través de Google académico con el fin de identificar palabras significativas y obtener una visión global del tema de estudio (Tabla 1).

La búsqueda se completó con artículos de revistas seleccionados de las siguientes bases de datos: Scielo, Science direct, Pubmed y Dialnet (Tabla 2).

Además, se utilizaron páginas web de la Revista Española de Cardiología, de la Fundación Española del Corazón, de la Sociedad Española del Corazón, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Instituto Aragonés de Estadística, así como para la elaboración de la taxonomía NANDA-NIC-NOC (Tabla 3) (Tabla 4).

Tabla 1: Metodología

Palabras clave: cardiopatía isquémica, enfermería, aterosclerosis y rehabilitación cardíaca.

Se utilizaron descriptores en inglés (MeSH) y en castellano (DeCS) con sus respectivos operadores booleanos: "AND" Y "OR".

Dada la cantidad de artículos se realizó una lectura previa de los correspondientes resúmenes para conocer su contenido. También se utilizó herramienta que ofrece Pubmed de "artículos relacionados" para conseguir obtener estudios no captados por la estrategia de búsqueda predeterminada.

Criterios de inclusión: artículos con texto completo, artículos en español e inglés, visión general de la cardiopatía, artículos con año de publicación entre 2016 y 2020 (con excepción de un artículo de 2012), para una mayor actualización del tema.

Criterios de exclusión: patología cardíaca pediátrica o perfiles de riesgo selectos, artículos sin texto completo, artículos en idiomas diferentes al inglés o español, artículos anteriores a 2015.

Fuente: elaboración propia

Tabla 2: Bases de datos

Bases de datos	Artículos encontrados	Artículos leídos	Artículos seleccionados
Scielo	119	30	2
Science direct	135	13	1
Pubmed	56	25	8
Dialnet	83	15	1
			12

Fuente: elaboración propia

Tabla 3: Palabras clave, Inclusiones y Exclusiones

<u>Palabras clave</u>	<u>Inclusiones</u>	<u>Exclusiones</u>
Cardiopatía isquémica	Artículos con texto completo	Artículos sin texto completo
Enfermería	Artículos en español e inglés	Idiomas diferentes al inglés o español
Ateroesclerosis	Visión general de la cardiopatía	Patología cardíaca pediátrica o perfiles de riesgo selectos
Rehabilitación cardíaca	Artículos entre 2015 y 2020	Artículos anteriores a 2015

Fuente: elaboración propia

Tabla 4: Revistas y Páginas web

Revistas, Libros y páginas web	
Revistas	Revista Cubana de Cardiología y Cirugía cardiovascular
	Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación
	Revista Cubana de tecnología de la salud
Páginas web oficiales	Dirección web
Universidad Miguel Hernández de Elche	https://www.umh.es/
Universidad Peruana Cayetano de Heredia, Perú	https://www.cayetano.edu.pe/cayetano/es/
Gerencia de Atención Primaria de Mallorca	https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion/gerencias-ibsalut/gerencia-de-atencion-primaria-mallorca
III Congreso de Medicina Familiar La Habana, Cuba	http://medicinafamiliar2019.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/viewPaper/407
Universidad Nacional Autónoma de México	https://www.unam.mx/
Instituto Aragonés de Estadística (IAEST)	https://www.aragon.es/organismos/departamento-de-economia-planificacion-y-empleo/direccion-general-de-economia/instituto-aragones-de-estadistica-iaest
Fundación Española del Corazón (FEC)	https://fundaciondelcorazon.com/
Gobierno de Aragón	https://www.aragon.es/
Ayuntamiento de Zaragoza	https://www.zaragoza.es/ciudad/educacion/recursos/detalle_GuiaRecurso?id=303
Síndromes Arrítmicos relacionados con la Muerte Súbita.	http://samsasociacion.com/
Asociación Nacional de Personas Obesas	http://asepo.es/
Mundo Enfermero	https://www.mundoenfermero.com/nandanocnic/ini_abm.php

Fuente: elaboración propia

6. Diagnóstico: Análisis y priorización

Los pacientes con cardiopatía isquémica siguen presentando una alta incidencia de recurrencias isquémicas a pesar de los grandes avances en el diagnóstico y tratamiento que han ocurrido en los últimos años. Esto es debido a una falta de control de los factores de riesgo (14).

Las guías de prevención cardiovasculares están fijando objetivos de control del colesterol cada vez más estrictos dirigidos a los perfiles de riesgo contemporáneos mediante medidas tales como la promoción de estilos de vida saludables, control de factores de riesgo, así como facilitando el acceso a medicación cardioprotectora (Anexo 3) y disminuyendo la necesidad de nuevos procedimientos de revascularización (19,20).

La realidad es otra, ya que la repetida exposición a ciertos alimentos especialmente a los de elevada densidad energética sumada a un incorrecto manejo de las situaciones de riesgo, hacen que no se cumplan los objetivos terapéuticos. Los últimos estudios detallan que 3 de cada 10 pacientes sujetos al programa presentan obesidad y no cumplen con las recomendaciones prescritas.

Además, según el estudio *Euroaspire V*, solo un tercio de los pacientes cumplían los objetivos de LDL (14,19).

La magnitud de este problema va creciendo debido al aumento de las expectativas de vida y al hecho de diagnosticarse en edades cada vez más tempranas. La isquemia miocárdica silente existe en mayor proporción a la isquemia miocárdica sintomática que suele aparecer en edades más avanzadas.

Con la edad aumenta la presión arterial, el colesterol en sangre y los diferentes factores de riesgo. Es por eso, que el sexo femenino y el grupo etario mayor de 65 años sean los más afectados (21,22) (Anexo 4).

Existen evidencias científicas que afirman que la mujer enferma más tardíamente que el hombre de CI, debido principalmente a los mecanismos fisiopatológicos y neurohormonales de cada uno. Se piensa que los estrógenos juegan un papel cardioprotector. Sin embargo, los factores de riesgo y cambios de los estilos de vida están aumentando la presencia de enfermedad isquémica en la mujer joven (22).

Desde enfermería se deberán realizar programas de prevención secundaria a estas mujeres, y proporcionar un cuidado integral para favorecer y mantener la salud física, psíquica y social. Todo ello, con el propósito de favorecer la adherencia al tratamiento, mejorar la calidad de vida y disminuir los reingresos hospitalarios.

Tabla 5: Diagnósticos, objetivos e intervenciones

Sesión 1: Información sobre cardiopatía isquémica	
Diagnóstico	(00126) Déficit de conocimientos r/c falta de información m/p mal control de la enfermedad
Objetivo	Transmitir información sobre el proceso de su enfermedad
NIC	(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad
Actividades	Evaluar el nivel actual de conocimientos y fijar recomendaciones generales
NOC	(01803) Conocimiento: proceso de la enfermedad

(23)

Tabla 6: Diagnósticos, objetivos e intervenciones

Sesión 2: Concienciación y Modificación de estilos de vida.	
Diagnóstico	(00099) Mantenimiento inefectivo de la Salud r/c afrontamiento individual ineficaz m/p falta de conductas generadoras de salud
Objetivo	Promoción de conductas de salud saludables
NIC	(4470) Ayuda en la modificación de sí mismo
Actividades	Ayudar al paciente a ajustar el plan de cambio de conducta y a identificar los éxitos más pequeños sobre el mismo
NOC	(01602) Conducta de fomento de la salud

(23)

Tabla 7: Diagnósticos, objetivos e intervenciones

Sesión 3: Sesión práctica de técnicas de relajación y tabaquismo	
Diagnóstico	(00146) Ansiedad r/c estrés m/p preocupación y nerviosismo
Objetivo	Favorecer el control de ansiedad y estrés
NIC	(5880) Técnica de relajación
Actividades	Favorecer una respiración lenta y profunda, e instruir sobre métodos que disminuyan la ansiedad
NOC	(01402) Control de la ansiedad

(23)

7. Planificación

7.1 Captación y Población diana

El programa de salud será dirigido a mujeres mayores de 50 años del Centro de salud José Ramón Muñoz Fernández de Zaragoza. La finalidad del programa es disminuir la incidencia de complicaciones cardiovasculares y aumentar su calidad de vida en la medida de lo posible en este grupo en estado de vulnerabilidad.

Se ha elegido esta zona de salud debido a que dentro del Sector II de Zaragoza, es la que tiene una relación mayor de hombres/mujeres a favor de esta última. La relación varones/mujeres es de 0,81 (24).

Tabla 8: Captación de pacientes

Captación de pacientes
<p>Se realizará desde el centro de salud un mes antes del inicio del programa. Se expondrá un cartel en la entrada del centro (Anexo 5) para informar a la población de este. Los pacientes interesados, deberán comunicarlo a su enfermera de atención primaria, y esta les informará en qué va a consistir y evaluará el grado de motivación e interés de los pacientes con el fin de introducir a pacientes desde un primer momento que estén dispuestos a llevar a cabo el programa.</p>

Fuente: elaboración propia

Tabla 9: Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Edad mayor o igual a 50 años - Padecer cardiopatía isquémica - Interés en el programa 	<ul style="list-style-type: none"> - Inestabilidad hemodinámica - No interés en el programa - Hombres y niños - Mujeres menores de 50 años

Fuente: elaboración propia

7.2 Redes de apoyo

Como recurso comunitario en España, contamos con una serie de organizaciones que proporcionan apoyo e información respecto a las enfermedades cardiovasculares.

Tabla 10: Organizaciones y asociaciones

Se encuentra la Fundación Española del Corazón (FEC), una institución privada sin ánimo de lucro promovida por la Sociedad Española de Cardiología, sometida al protectorado del Ministerio de Educación y Ciencia cuya misión vital es la prevención de la enfermedad cardiovascular (25).

Existen asociaciones como SAMS, Síndromes relacionados con la Muerte Súbita. Su intención es mejorar la vida de estas personas y sus familias con soluciones terapéuticas, así como informando y sensibilizando a través de charlas o talleres formativos (26).

Otras dirigidas a los diferentes perfiles de riesgo como la Asociación Nacional de Personas Obesas (ASEPO), ofrece asesoramiento sobre esta patología a los pacientes, familiares y su entorno. Asimismo, se encuentra la Asociación de Diabéticos de Zaragoza (ADEZARAGOZA), cuyo objetivo es informar y formar a los asistentes en aspectos primordiales de la diabetes facilitando la actuación en cada momento (27,28).

7.3 Recursos

Tabla 11: Materiales y Recursos

Recursos y presupuesto		Coste unitario	Coste de oportunidad	Coste total
Físicos y Financieros	- 15 carteles del programa	X 0,5€	-	7,5€
	- 55 cuestionarios inicial/final	X 0,02€	-	1,1€
	- 30 folletos 1º sesión	X 0,12€	-	3,6€
	- Folletos de asociaciones	0€	0,12 €	9,8 €
	- 30 folletos 2º segunda sesión	X 0,12€	-	3,6€
	- 1 poster aclaratorio 2º sesión (cartulina y rotuladores)	X 1,5€	-	1,5€
	- 1 poster aclaratorio 3º sesión (cartulina y rotuladores)	X 1,5€	-	1,5€
	- 30 bolígrafos entregados en 1º sesión	X 0,25€	-	1,5€
		0€	25€	75€
	- Proyector	0€	20€	60€
	- Ordenador portátil	0€	3€	9€
	- Mando para pasar diapositivas	0€	15€	45€
	- 25 mesas y sillas	0€	40€	120€
	- Sala de reuniones			
Personales	- Enfermera	0€	40€	120€
	- Médico	0€	60€	180€
				639,1€

Tabla 12: Provisión de recursos

El centro facilitará durante 3 días un aula con cañón de proyección, pantalla de proyección, ordenador portátil, mando de diapositivas, 25 sillas y mesas.

Igualmente, el centro de salud proporcionará al médico y enfermera especialista que impartirán el programa.

Fuente: elaboración propia

7.4 Estrategia

Este programa de salud constará de tres sesiones que se llevarán a cabo en tres semanas consecutivas en grupos de 25 personas máximo para una atención más cercana e individualizada.

Las sesiones se van a llevar a cabo en el Aula de Reuniones del del Centro de salud José Ramón Muñoz Fernández de Zaragoza. Serán impartidas por un médico de familia especialista en cardiopatía isquémica y una enfermera con experiencia en trabajar con estos pacientes.

Se iniciará en las últimas tres semanas de mayo, los miércoles 13, 20 y 27 de mayo. Se elige estas fechas porque es un periodo no vacacional y es anterior al verano donde suelen aumentar los excesos y habrá muchos cambios en los estilos de vida. Se aumentarán los esfuerzos para que estos excesos no se produzcan.

En el momento que les surja cualquier duda pueden plantearla a los profesionales, así como compartir vivencias o realizar sugerencias.

Se pasará un cuestionario de evaluación en la primera sesión para poder evaluar el nivel de conocimientos inicial de los asistidos comparándolo con el realizado en la última sesión, para valorar si han conseguido los objetivos establecidos.

7.5 Actividades

Sesión 1: Charla informativa sobre cardiopatía isquémica

Tabla 13: Sesión 1

Sesión 1: Información sobre cardiopatía isquémica
<ul style="list-style-type: none">- Esta sesión será impartida el miércoles 13 de mayo.- Profesionales encargados: personal de medicina y enfermería- Justificación: aumentar el nivel de conocimientos sobre el proceso de su enfermedad. <p>Duración: 2 horas</p>

Fuente: elaboración propia

En esta primera sesión se realizará una presentación del programa de salud y la metodología que se va a llevar a cabo explicando cada una de las sesiones del programa. Se entregará un cuestionario de evaluación inicial sobre la enfermedad a cada paciente para obtener el nivel de conocimientos previo.

Tras ello, se llevará a cabo una charla informativa sobre la enfermedad liderada por un médico y una enfermera de dicho centro de salud, utilizando un lenguaje sencillo y acorde al grado de escolaridad.

Se describirá qué es la cardiopatía isquémica, sus causas, síntomas, los factores predisponentes, y las consecuencias clínicas de esta; utilizando como base material audiovisual, diapositivas e imágenes didácticas.

Se entregará además a cada uno un folleto con una información general que les servirá de base para seguir correctamente la charla.

Durante el transcurso de esta se permitirá comentar dudas y sugerencias por parte de los participantes que serán resueltas y comentadas.

El propósito es conseguir que los pacientes que han sufrido un episodio agudo coronario conozcan mejor su enfermedad, sean más conscientes de su papel en el cuidado a largo plazo de su salud y sean capaces de responsabilizarse de estos autocuidados.

También se les informará de la existencia de algunas asociaciones como redes de apoyo, aclarando que estas están abiertas a todo el mundo siempre que lo necesiten. Se indicarán actividades y recursos que ofrecen cada una de ellas. Para finalizar la sesión se entregarán folletos de cada una de las asociaciones y se proyectará un video resumen aclaratorio de la sesión con la intención de fijar los conocimientos e interiorizarlos.

Sesión 2: Cambios en el estilo de vida

Tabla 14: Sesión 2

Sesión 2: Concienciación y Modificación de estilos de vida.
<ul style="list-style-type: none">- Esta sesión será impartida el miércoles 20 de mayo.- Profesionales encargados: personal de medicina y enfermería- Justificación: los asistentes deberán entender la importancia de llevar estilos de vida saludables para un control del colesterol, HTA, obesidad o diabetes.- Duración: 2 horas

Fuente: elaboración propia

Esta sesión se va a centrar en la modificación de los estilos de vida incidiendo en los factores modificables como son la dieta o el ejercicio físico, con el fin de mejorar su estado cardiovascular y prevenir futuros procesos cardíacos desfavorables.

Esto es básicamente lo que quiere conseguir un programa de rehabilitación cardíaca que se asocia a múltiples beneficios en particular después del infarto de miocardio, así como la mejoría de la capacidad física, de la frecuencia cardíaca, reduce la isquemia miocárdica, ayuda a controlar la angina de esfuerzo, mejora la función endotelial y tiene acción antiinflamatoria (9,10,16) (Anexo 6).

Se les concienciará de la urgencia con la que deben lograr estos cambios en los estilos de vida, puesto contra más tarde se logren, mayor será el riesgo cardiovascular (14,29).

Al igual que en la primera sesión, se utilizarán diapositivas, imágenes didácticas, además de un póster aclaratorio de cada uno de los principales perfiles de riesgo: obesidad, HTA y diabetes. Igualmente se entregará un folleto de la charla a impartir para un mejor seguimiento de ésta.

En primer lugar, se explicará que la dieta juega un papel fundamental en el control del colesterol. Exponiendo en que consiste una dieta equilibrada, los alimentos que la componen y describiendo dietas que han mostrado eficacia en la reducción de eventos coronarios, como lo es la dieta mediterránea (30).

Se pretenderá que tomen conocimiento que de que la obesidad es una enfermedad que supone un riesgo para la salud puesto que se asocia a múltiples patologías como la HTA, diabetes, enfermedad cerebrovascular y otras complicaciones que aumentan su morbimortalidad.

Asimismo, se les explicará los múltiples beneficios del ejercicio físico en una patología cardiovascular, aclarando que está indicado en todos los grupos de edad.

En general, se aconsejan ejercicios aeróbicos durante un mínimo de 30 a 45 minutos y de 4 a 6 veces a la semana (10,31).

Claro está, que dependiendo de las características individuales de cada uno se recomendarán unos tipos e intensidades diferentes.

Se indicará en cualquier caso que sería conveniente realizar una prueba de esfuerzo con la intención de evidenciar patologías como arritmias que no están presentes en reposo, como ya se ha mencionado en la introducción.

También se realizará una dinámica de grupo que consiste en comentar y valorar cada uno de los casos, identificando que consejos hay que priorizar dependiendo de los factores de riesgo de cada persona y necesidades. Se comentará que es necesario para un mejor control de la salud que realicen un correcto seguimiento con su centro de salud y de las indicaciones individualizadas transmitidas.

Se incidirá en la importancia de su salud y de cuidarse a sí mismo, con el fin de que se sientan bien con ellos mismos, tanto interior como exteriormente.

Por último, al igual que en la primera se expondrá un video resumen de la charla impartida.

Sesión 3: Sesión práctica de técnicas de relajación y tabaquismo.

Tabla 15: Sesión 3

Sesión 3: Hábito tabáquico y técnicas de relajación.
<ul style="list-style-type: none">- Esta sesión será impartida el miércoles 27 de mayo.- Profesionales encargados: personal de medicina y enfermería- Justificación: los asistentes deberán comprender los efectos perjudiciales del tabaquismo y aprender ejercicios de relajación para disminuir la ansiedad y el estrés.- Duración: 2,5 horas

Fuente: elaboración propia

Al inicio de la sesión se dejará claro que pueden asistir tanto pacientes fumadores como no fumadores.

En primera instancia, se explicará que el tabaco es el principal factor de riesgo asociado a la cardiopatía isquémica, ya que favorece la formación y rotura de placas de ateroma produciendo trombosis y obstrucción vascular. Después de un IAM supone la medida más efectiva a adoptar.

Además, se dejará claro que es el tabaquismo pasivo y la importancia de evitarlo. Se comentarán todos los beneficios que tiene dejar de fumar con un poster aclaratorio. A continuación, se enseñarán las estrategias farmacológicas y no farmacológicas que existen para dejar este hábito.

Las personas que quieran dejarlo levantarán la mano y se les entregará una hoja con 3 preguntas sencillas:

Tabla 16: Preguntas deshabituación hábito tabáquico

¿Cree que el tabaco le perjudica?	¿Quiere dejar de fumar?	¿Cree que podrá hacerlo a pesar de que no será fácil?
--	--------------------------------	--

Fuente: elaboración propia

Tabla 17: Resultado preguntas hábito tabáquico

Las personas que hayan contestado sí a las tres cuestiones, se les motivará e indicará que contacten con la consulta de tabaquismo de su centro de salud para planificar la primera sesión cuanto antes.

Fuente: elaboración propia

En la segunda parte de la sesión, se realizará un taller práctico de 45 minutos de ejercicios de relajación llevado a cabo por la enfermera. Al final de éste expresarán sus sensaciones y les explicaremos que no solo sirve en casos de tabaquismo, sino que es muy efectivo en todas las personas, todavía más en situaciones de HTA o ansiedad (32).

Los profesionales de salud tras esto, realizarán un ejercicio de empatía con todos ellos comentando que tras un episodio cardiovascular es totalmente lícito que puedan tener ansiedad o depresión debido al desconocimiento de la enfermedad, los cambios en sus estilos de vida o al miedo que el episodio se repita.

Se les concienciará que estas tres sesiones servirán para aumentar el conocimiento de la enfermedad y su motivación, intentado transformar esa angustia en empeño y en aumentar su calidad de vida.

7.6 Cronograma de Gantt

	Febrero y Marzo 2020	1-31 Abril de 2020	13-27 Mayo de 2020	1-30 Junio de 2020
Preparación y puesta en marcha				
Captación de pacientes				
Desarrollo				
Post-evaluación				

Fuente: Elaboración propia

CALENDARIO DE MAYO 2020

✓ Tareas

Sesión 1

Sesión 2

Sesión 3

Miércoles
13

Miércoles
20

Miércoles
27

Fuente: Elaboración propia

8. Evaluación

Uno de los criterios de evaluación será ver si este programa ha sido pertinente en cuanto al aporte de información, adquisición de conocimientos e implicación de los asistentes. Se realizará a través de la comparación de los resultados de las diferentes encuestas de evaluación inicial y final.

Se entregará otro al finalizar, para evaluar el grado de satisfacción de estos con el fin de evaluar el programa y el trabajo de los profesionales que lo han impartido, el lugar de la intervención, horario, duración y recursos materiales.

Las opiniones y valoraciones de los participantes sobre el programa se contrastarán en la consulta de enfermería para modificarlo y mejorarlo.

El impacto de este programa se verá reflejado en la disminución de la incidencia de futuras patologías cardíacas, en cambios en los estilos de vida, que se valorarán mediante el seguimiento de cada una de ellas en la consulta de enfermería. Por consiguiente, si se cumple esta meta, se concluirá que el programa ha sido eficaz y efectivo.

9. Conclusiones

-La cardiopatía isquémica debido a su alta prevalencia y letalidad se ha convertido en la causa más importante de morbilidad y letalidad en todo el mundo.

-Existe evidencia científica a favor de la eficacia de los programas de Rehabilitación Cardíaca; previenen que la enfermedad empeore, reducen el riesgo de futuros problemas cardíacos y mejoran tanto la salud física y mental como la calidad de vida. Por tanto, sería aconsejable incluir en estos programas a aquellos pacientes que han sufrido un episodio coronario.

-Este proyecto pretende realizar una buena promoción de la salud, proporcionando cambios en los estilos de vida e intentando mantenerlos con el fin de prevenir la evolución de la enfermedad de base del paciente.

-El personal de enfermería, junto al resto de profesionales de la salud, tiene una función importante en este tipo de programas a la hora de proporcionar un cuidado integral en la recuperación física, psíquica y social. Su función principal es educar y motivar, favoreciendo la adherencia al tratamiento, aumentando la calidad de vida y disminuyendo así los ingresos hospitalarios.

-El propósito a largo plazo será proporcionar más espacios en los que se realice rehabilitación cardíaca, con la intención de mejorar la calidad de vida, reducir la mortalidad e incrementar el costo-beneficio para los gobiernos.

-Para finalizar, se determinó que la actuación de enfermería en la prevención de los factores de riesgo de la cardiopatía isquémica, permite aumentar el estado de salud de la población y evitar así la aparición de sus causas.

10. Anexos

Anexo 1

En este estudio se refleja la distribución de casos de cardiopatía isquémica según los factores de riesgo asociados por orden de importancia. El tabaquismo, un 41%, HTA un 28%, hipercolesterolemia un 18%, obesidad un 9% y diabetes mellitus un 7%.

Factor de riesgo coronario	Número	%
Fumador	30	41
Hipertensión arterial	21	28
Hipercolesterolemia	13	18
Obesidad	7	9
Diabetes Mellitus	5	7

Dr. Xiovery Hernández Fleites. Estrategia de intervención educativa para disminuir la incidencia de cardiopatía isquémica en 3 consultorios médicos. III Congr Med Fam. 2020;36:1–10.

Anexo 2

El programa se puede dividir en 3 etapas:

La fase 1 u hospitalaria en la que se produce la estabilización de la patología del paciente, para que antes del alta alcance un nivel de actividad adecuado del mismo modo que proporcionando educación a este y su familia. Claro está, que no todos los pacientes inician esta fase debido a que pueden ser derivados directamente de consultas externas.

La fase ambulatoria o segunda fase se inicia a partir de la consulta médica inicial donde se realiza un programa intensivo de control de los factores de riesgo y ejercicio monitorizado. El paciente acude una o varias veces a la semana al centro dependiendo también del número de sesiones programadas. En esta fase se ofrece una atención integral a través de un equipo multidisciplinar formado principalmente por: cardiólogo, enfermero, fisioterapeuta, médico rehabilitador, psicólogo y nutricionista.

En la tercera y última fase, denominada fase de mantenimiento, la finalidad es mantener y progresar en los hábitos cardiosaludables adquiridos y las estrategias enseñadas en la fase 2.

Etapas programa rehabilitación	
Fase 1	Estabilización de la patología y recuperación temprana
Fase 2	Consulta médica y equipo multidisciplinar: factores de riesgo y ejercicio monitorizado.
Fase 3	Mantener hábitos cardiosaludables

Rehabilitación cardíaca - Fundación Española del Corazón [Internet]. [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/rehabilitacion-cardiaca.html>

Cabezas García. Evaluación de desenlaces clínicos y paraclínicos por medio de la aplicación del PERFSCORE a pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, que completaron fase II y III de rehabilitación cardiaca en el Hospital Militar Central durante el año 201. Rev Colomb Med Física y Rehabil [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 20];28(2):109–17. Available from: <http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/220/192>

Anexo 3

En esta tabla se reflejan los diferentes tratamientos hipolipemiantes conforme al objetivo terapéutico y al nivel de intensidad requerido. (rojo: tratamiento hipolipemiante de muy alta intensidad; naranja: tratamiento hipolipemiante de alta intensidad; amarillo: tratamiento hipolipemiante de intensidad media; azul: añadir inhibidores de la PCSK9).

Reducción extrema (76-85%)	<p>Tratamiento hipolipemiante maximo de base ma's inhibidores de PCSK9*:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evolocumab 140 mg (~85%) • Alirocumab 75 mg (~76%) • Alirocumab 150 mg (~85%)
Reducción muy elevada (60-75%)	<p>Estatinas potentes + ezetimiba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atorvastatina 40-80 mg + ezetimiba 10 mg • Rosuvastatina 10-40 mg + ezetimiba 10 mg
Reducción elevada (50-59%)	<p>Estatina alta potencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atorvastatina 40-80 mg • Rosuvastatina 20-40 mg <p>Estatina potencia intermedia + ezetimiba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simvastatina 20-40 mg + ezetimiba 10 mg • Pravastatina 40 mg + ezetimiba 10 mg • Lovastatina 40 mg + ezetimiba 10 mg • Fluvastatina 80 mg + ezetimiba 10 mg • Pitavastatina 2-4 mg + ezetimiba 10 mg • Atorvastatina 10-20 mg + ezetimiba 10 mg • Rosuvastatina 5 mg + ezetimiba 10 mg
Reducción moderada (30-49%)	<p>Estatina de potencia intermedia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atorvastatina 10-20 mg • Rosuvastatina 5-10 mg • Simvastatina 20-40 mg • Pravastatina 40 mg • Lovastatina 40 mg • Pitavastatina 2-4 mg • Fluvastatina XL 80 mg <p>Estatina baja potencia + ezetimiba:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Simvastatina 10 mg + ezetimiba 10 mg • Pravastatina 20 mg + ezetimiba 10 mg • Lovastatina 20 mg + ezetimiba 10 mg • Fluvastatina 40 mg + ezetimiba 10 mg • Pitavastatina 1 mg + ezetimiba 10 mg

cLDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja intensidad. En general, se recomienda iniciar con dosis máximas de inhibidores de PCSK9 para obtener desde el principio la reducción mínima posible de cLDL.

Escobar C, Anguita M, Arrarte V, Barrios V, Cequier Á, Cosín-Sales J, et al. Recommendations to improve lipid control. Consensus document of the Spanish Society of Cardiology. Rev Esp Cardiol. 2020 Feb 1;73(2):161-7.

Anexo 4

En este estudio realizado en Cuba a 1134 personas de 15 años o más, se obtuvieron 74 casos registrados de cardiopatía isquémica, dando una prevalencia del 6,5%.

Cardiopatía isquémica		%
Si	74	6,5
No	1060	93,5
Total	1134	100

El número de casos por sexo encontrados fue de 27 con una prevalencia del 5,8% en caso de los hombres, y de 47 casos con una prevalencia del 7 % para el sexo femenino.

Cardiopatía Isquémica	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	Número	%	Número	%
Si	27	5,8	47	7
No	442	94,2	618	93
Total	469	100	665	100

Dr. Xiovery Hernández Fleites. Estrategia de intervención educativa para disminuir la incidencia de cardiopatía isquémica en 3 consultorios médicos. III Congr Med Fam. 2020;36:1-10.

CUIDA TU CORAZÓN

Sigue tu corazón, elige el camino
saludable

Programa de salud dirigido a
Mujeres: 50 años o más

CONTACTE CON SU ENFERMERA PARA
INSCRIBIRSE



Anexo 6

Este estudio fue realizado a pacientes con síndrome coronario agudo remitidos al programa de rehabilitación cardíaca del Hospital Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza desde abril de 2015 a enero de 2016, con edades no superiores a 65 años en caso de los hombres y 70 años en caso de las mujeres.

En esta tabla se refleja una mejoría de los valores medios analíticos, antropométricos y de rendimiento ergométrico recogidos durante la inclusión, al alta del programa y al año. Esta mejoría se apreció mayoritariamente en las variables analíticas, con una disminución estadísticamente significativa de los valores de colesterol total ($144,4 \pm 31,9$ vs. $137,2 \pm 32,1$ mg/dl; p 0,007) y LDL colesterol ($81,1 \pm 28,7$ vs. $76,5 \pm 31,5$ mg/dl; p 0,03) a la finalización del programa respecto a las cifras de la fase de inclusión, así como un aumento significativo del colesterol HDL ($43,5 \pm 10,7$ vs. $46,3 \pm 11,4$ mg/dl; $p < 0,001$).

Valores medios analíticos, antropométricos y capacidad funcional de los pacientes a la inclusión, al alta y durante la revisión anual ($n = 121$)

Variable	Inclusión	Alta	p^1	Anual	p^2
<i>Variables analíticas</i>					
Glucemia (mg/dl)	$105,6 \pm 25,2$	$105,7 \pm 19,6$	NS	110 ± 32	NS
Hb A1c (%)	$6,1 \pm 1,1$	$6,2 \pm 0,8$	NS	$6,2 \pm 1,1$	NS
					0,00
Colesterol (mg/dl)	$144,4 \pm 31,9$	$137,2 \pm 32,1$	0,007	$144,6 \pm 36,4$	4
c-HDL (mg/dl)	$43,5 \pm 10,7$	$46,3 \pm 11,4$	$< 0,001$	$46,8 \pm 10,3$	NS
c-LDL (mg/dl)	$81,1 \pm 28,7$	$76,5 \pm 31,5$	0,03	$77,1 \pm 27,1$	NS
TG (mg/dl)	$126,5 \pm 79,7$	$119,1 \pm 67,4$	NS	$123,4 \pm 84,9$	NS
<i>Antropometría</i>					
					0,00
Peso (kg)	$82,8 \pm 16,5$	$82,5 \pm 15,7$	NS	$82,8 \pm 17,7$	3
					0,00
Índice de masa corporal (kg/m^2)	$28,9 \pm 5$	$28,8 \pm 4,8$	NS	$29,1 \pm 4,9$	7
					0,03
Per. abd. (cm)	$100,8 \pm 12,8$	$99,5 \pm 12,3$	0,004	$100,8 \pm 12,6$	1
<i>CF</i>					
MET	$9,8 \pm 2,9$	$11,9 \pm 3,1$	$< 0,001$	-	-

Hb A1c: hemoglobina glucosilada; c-HDL: colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad; c-LDL: colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad; TG: triglicéridos; Per. abd: perímetro abdominal; CF: clase funcional. MET: equivalentes metabólicos. Los valores se expresan en media \pm desviación estándar. p^1 expresa la significación estadística entre los valores a la inclusión y al alta. p^2 expresa la significación estadística entre los valores al alta y al año. NS: no significativo

Chabbar Boudet MC, Cuko G, Garza Benito F, Albarrán Martín C, Bustamante Rodríguez E, Amo Garcés AB. Secondary prevention after an acute coronary syndrome: medium-term results of a cardiac rehabilitation programme. Rev Colomb Cardiol. 2019 Sep 1;26(5):264–71.

11. Bibliografía

1. Álvarez-Fernández C, Romero-Saldaña M, Álvarez-López C, Vaquero-Abellán M. Incidencia de cardiopatía isquémica y accidente cardiovascular en trabajadores de una administración local del sur de España a lo largo de diez años de seguimiento [Internet]. [cited 2020 Feb 25]. Available from: www.mscbs.es/resp
2. Jiménez Cruz A, Cortés Bargallo S, Bacardí Gascón M. Factores de riesgo nutricionales de la cardiopatía isquémica. *Gac Sanit*. 2012;4(16):29–34.
3. Cuidados M, Cardiocirculatorios T, Hernández MG. Isquémica. (Tabla 1):1–9.
4. Galán I, Simón L, Boldo E, Ortiz C, Medrano MJ, Fernández-Cuenca R, et al. Impacto de la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo y su reforma en los ingresos hospitalarios por enfermedades cardiovasculares en España. *Rev Española Cardiol*. 2018;71(9):726–34.
5. INE. estadística defunciones aragón según la causa de muerte 2018 [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 9]. Available from: <https://www.aragon.es/-/estadistica-de-defunciones-segun-la-causa-de-muerte>
6. Herrington W, Lacey B, Sherliker P, Armitage J, Lewington S. Epidemiology of Atherosclerosis and the Potential to Reduce the Global Burden of Atherothrombotic Disease. *Circ Res* [Internet]. 2016 Feb 19 [cited 2020 Feb 23];118(4):535–46. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.115.307611>
7. Cardiopatía Isquémica - Fundación Española del Corazón [Internet]. 2020 [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovasculares/cardiopatia-isquemica.html>
8. Cateterismo cardíaco y coronariografía - Fundación Española del Corazón [Internet]. [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/metodos-diagnosticos/cateterismo-cardiaco.html>
9. Estany ER, Estany ER, Vera NAC. ¿Cómo influye la rehabilitación cardíaca después de la cirugía coronaria y la angioplastia? *Rev Cuba Cardiol y Cirugía Cardiovasc* [Internet]. 2018 Sep 14 [cited 2020 Mar 20];24(3):290–6. Available from: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/800>
10. Velasco Pina E. Mejoras en el consumo máximo de oxígeno, fuerza y flexibilidad, tras un programa de rehabilitación cardíaca durante un periodo de 4 meses en pacientes que han sufrido cardiopatía isquémica. 2019.

11. Diana Paola Danós Lizárraga. Rendimiento diagnóstico de la angiografía coronaria por angioTEM para la estenosis coronaria en pacientes del servicio de cardiología de la Clínica San Felipe entre enero 2016 y marzo 2018. 2019.
12. Mostaza JM, Pintó X, Armario P, Masana L, Ascaso JF, Valdivielso P, et al. Standards for global cardiovascular risk management arteriosclerosis. Clin e Investig en Arter. 2019 Jul 1;31:1–43.
13. Toledo Frías P, Campuzano Ruiz R, Alarcón Duque JA, Berenguel Senén A, Fernández Olmo MR, Abeytua Jiménez M. Selection of the best of 2018 in vascular risk and cardiac rehabilitation. REC CardioClinics. 2019 Mar 1;54:44–50.
14. Escobar C, Anguita M, Arrarte V, Barrios V, Cequier Á, Cosín-Sales J, et al. Recommendations to improve lipid control. Consensus document of the Spanish Society of Cardiology. Rev Esp Cardiol. 2020 Feb 1;73(2):161–7.
15. Rehabilitación cardiaca - Fundación Española del Corazón [Internet]. [cited 2020 Mar 20]. Available from: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/rehabilitacion-cardiaca.html>
16. Cabezas García. Evaluación de desenlaces clínicos y paraclínicos por medio de la aplicación del PERFSCORE a pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio, que completaron fase II y III de rehabilitación cardiaca en el Hospital Militar Central durante el año 201. Rev Colomb Med Física y Rehabil [Internet]. 2018 [cited 2020 Mar 20];28(2):109–17. Available from: <http://www.revistacmfr.org/index.php/rcmfr/article/view/220/192>
17. Maria Antònia Font Oliver, Nuria Caravaca Sendra, Xisca Llull Ordinas, Pep Palmer Simó, María Concepción Prieto Rodríguez, Angélica Miguélez Chamorro, Amalia Gómez Nadal, José Ignacio Ramírez Manent ATB. Protocolo de educación para la salud: prevención secundaria cardiovascular [Internet]. [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1264/Protocolo de educaci3n para la salud, prevenci3n secundaria cardiovascular.pdf>
18. De P, Factores L, Riesgo DE, La DE, Elena H, Caraballo S, et al. Professional performance of infirmary in the prevention of the factors of risk of the ischemic cardiopatía. Rev Cuba Tecnol la Salud. 2017;
19. Bentancor L, Calvo S, Saona G. Food addiction: another determinant associated with the adhesion to nutritional treatment? Cuid Humaniz. 2019;8(2).

20. Mosley JD, Van Driest SL, Wells QS, Shaffer CM, Edwards TL, Bastarache L, et al. Defining a Contemporary Ischemic Heart Disease Genetic Risk Profile Using Historical Data. *Circ Cardiovasc Genet*. 2016 Dec 1;9(6):521–30.
21. Dr. Xiovery Hernández Fleites. Estrategia de intervención educativa para disminuir la incidencia de cardiopatía isquémica en 3 consultorios médicos. *III Congr Med Fam*. 2020;36:1–10.
22. Rodríguez TR. La Cardiopatía Isquémica y la situación actual del enfoque de género en esta problemática de salud Ischemic heart disease and the gender approach current situation in this health problem. 2019;21:33–41.
23. NNNConsult [Internet]. [cited 2020 Apr 23]. Available from: <https://www.nnnconsult.com/>
24. María josé amorín calzada. Mapa sanitario de la comunidad de aragón 2007 [Internet]. [cited 2020 Apr 9]. Available from: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/MAPA_SANITARIO_ARAGON_2007.pdf/0df51a0e-7de3-b892-afeb-8eab31c76e10
25. FEC - Sociedad Española de Cardiología [Internet]. [cited 2020 Mar 24]. Available from: <https://secardiologia.es/institucional/quienes-somos/fec>
26. SAMS – Asociación para pacientes y familiares con síndromes arrítmicos relacionados con la muerte súbita [Internet]. [cited 2020 Mar 24]. Available from: <http://samsasociacion.com/>
27. Asociacion Nacional de Personas Obesas [Internet]. [cited 2020 Apr 16]. Available from: <http://asepo.es/>
28. Ayuntamiento de Zaragoza. Asociación de Diabéticos de Zaragoza [Internet]. [cited 2020 Apr 16]. Available from: https://www.zaragoza.es/ciudad/educacion/recursos/detalle_GuiaRecurso?id=303
29. Cabrera Sánchez A:, Lucila L, Rodríguez Pérez D, Del Cristo M. Efectividad de las estatinas y los fármacos reductores del LDL colesterol sin estatinas, en la prevención secundaria de los pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica. 2019;
30. Tobias Ferrer J, Martin Gallego A, Sant Masoliver C, Simon Pallise C. Impact of Primary Care nursing clinics on the adherence to the Mediterranean diet in patients with ischaemic heart disease. Vol. 51, *Atencion Primaria*. Elsevier Doyma; 2019. p. 464–6.
31. Chamorro C, Guidi D, Fernando Yáñez ;, Chamorro G. Investigación Clínica. Vol. 36, *Revista Chilena de Cardiología*. 2017.

32. Rogers HL, Hoyos L, Murillo VC, Juan Y, Lasprilla CA, Xxvii V. Depressive symptoms and associated risk factors in coronary artery disease patients. *Rev Argentina Clínica Psicológica*. 2018;27(1):53–61.